



NOTIFICACION DE LA DECISION SOBRE LA AYUDA PARA UN ASILO U OTRAS INSTITUCIONES

DE	NOMBRE DE LA OFICINA DEL CONDADO	NUMERO DE TELEFONO	FECHA
	DIRECCION (NUMERO Y CALLE, CIUDAD, CODIGO POSTAL)		
PARA	NOMBRE		NUMERO DEL CASO
	DIRECCION (CALLE)		
	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
REF.	NOMBRE DE LA INSTITUCION		
	NUMERO DE LA INSTITUCION		

A partir de _____ usted (cumple sigue cumpliendo) con los requisitos para que se sigan haciendo pagos en su nombre a una de las siguientes clases de instituciones:

- asilo institución para retardados mentales
 hospital psiquiátrico servicios psiquiátricos

- Su periodo de ayuda termina la fecha de _____ debido a que usted puede tener necesidad de un servicio de salud mental y fue admitido dentro de una categoría especial.
- Debido a que el pago por su atención se le va a hacer directamente al asilo o a la institución, dejará de recibir su ayuda en efectivo de \$ _____ .

Un estudio de sus ingresos indica que usted debe hacer el pago de los siguientes "excedentes" al asilo o a la institución.

	MES, DIA, AÑO	SU PAGO MENSUAL ES DE
A PARTIR DE		\$
A PARTIR DE		\$
A PARTIR DE		\$

Estas cantidades varían debido a: _____

Cualquier incremento, disminución u otro cambio en sus ingresos podría alterar la cantidad que usted tiene que pagar al asilo o a la institución. Cualquier incremento en sus recursos podría afectar el cumplimiento de los requisitos para participar en el programa. **Usted debe informar sobre cualquier cambio en sus circunstancias a su Oficina de Servicios Familiares del Condado inmediatamente.** Si usted no proporciona información completa acerca de sus circunstancias, o si usted recibe ayuda sin cumplir con los requisitos mediante la presentación de información falsa, podrían tomarse medidas legales contra usted.

Con la presente se adjunta un folleto que contiene información importante sobre su Ayuda Médica. Por favor léalo cuidadosamente y consérvelo para referencia futura.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho de solicitar una audiencia dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la presente carta.

Si usted desea solicitar una audiencia, puede hacerlo por correo, por teléfono o personalmente. Nosotros programaremos la audiencia y le avisaremos en que fecha se va a llevar a cabo. Si usted solicita una audiencia, puede presentar su información o argumentos personalmente o puede estar representado por su abogado o por cualquier otra persona que conozca su situación. Si usted no tiene abogado, o no tiene recursos suficientes para contratarlo, y vive en una zona en la que hay oficina de asistencia o servicios legales, es posible que se le pueda brindar esta ayuda. Usted tiene derecho de presentar testigos a su favor y de hacerle preguntas a los testigos que hayan sido citados por la División de Servicios Familiares.

ADJUNTOS
 CC: INSTITUCION
 PARIENTE

FIRMA DEL COORDINADOR DEL CASO	LOAD NUMBER
--------------------------------	-------------

DETERMINACION DEL PAGO MENSUAL AL ASILO O A LA INSTITUCION

INGRESO MENSUAL BRUTO

SEGURO SOCIAL	
INGRESOS SUPLEMENTARIOS DEL SEGURO SOCIAL	
AYUDA PARA LOS VETERANOS	
INTERESES	
ACTIVIDADES REMUNERADAS	
OTROS	
TOTAL	

DEDUCCIONES MENSUALES

PARA GASTOS PERSONALES	
PRIMA DE MEDICARE	
OTRO SEGURO MEDICO	
MESADA* PARA EL/LA ESPOSO/A	
MESADA PARA OTRAS PERSONAS A SU CARGO	
TOTAL	

* Esta es la cantidad que usted le esta dando actualmente a su esposo/a. Si sus ingresos se incrementan, usted puede darle a su esposo/a hasta \$ _____ mensualmente.

El total de su ingresos mensuales brutos menos el total de sus gastos mensuales deja una cantidad "excedente" de \$ _____. El "excedente" es el pago que usted debe hacerle al asilo o a la institución.

MEDIANTE ESTA NOTIFICACION SE INFORMA QUE LA SIGUIENTE LISTA DE PERSONAL LLENAN LOS REQUISITOS Y HAN SIDO APROBADAS COMO BENEFICIARIOS DE AYUDA MEDICA HASTA QUE SE LES ENVIE LA TARJETA DE MEDICAID NORMAL.

CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA SUBSIDIOS DE MEDICAID (TITULO XIX)

SERVICIOS DE SALUD ADICIONALES SÍ NO

QMB	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NUMERO DE MEDICAID	PERIODO DE COBERTURA*	
					DESDE (FECHA)	HASTA (FECHA)

*El periodo de cubrimiento incluye el trimestre anterior: Sí No. Usted no reúne los requisitos para la cobertura del trimestre anterior por las siguientes razones: _____

TO THE VENDOR:

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARIES: Persons with a "Y" indicator in the QMB field are eligible for benefits in additin to regular Medicaid, which include Medicare covered services. Total Medicaid payment for Medicare covered services will consist of co-insurance and deductible amounts, as determined by the Medicare program.

MEDICAID-LOCK-IN PROGRAM	THIRD PARTY LIABILITY
<input type="checkbox"/> PHYSICIAN <input type="checkbox"/> PHARMACY <input type="checkbox"/> OPTOMETRIST	NAME: _____
<input type="checkbox"/> DENTIST <input type="checkbox"/> PODIATRY <input type="checkbox"/> O.P. - E.R. FACILITY	INS. CO.: _____ INS. CODE: _____
NAME _____	NAME: _____
ADDRESS _____	INS. CO.: _____ INS. CODE: _____
NAME _____	NAME: _____
ADDRESS _____	INS. CO.: _____ INS. CODE: _____